

Patientenanmeldung und Anamnese

Patient: Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Tel.privat: _____

Zahlungspflichtiger: Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Tel.:gesch.: _____ mobil: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Sind Sie zusatzversichert? Ja Nein
Für Privatversicherte: haben Sie eine Versicherung zum Basistarif? Ja Nein

Wann war der Letzte Zahnarztbesuch? _____

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich wünsche (falls möglich) eine Zahnbehandlung zu folgenden Zeiten:

Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird der Krankenschein/ die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und ihrer Adresse mit!

Allgemeine Anamnese:

1. Hatten / Haben Sie eine der folgenden Krankheiten
 - Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 - Allergische Reaktionen wie Heuschnupfen ja nein
 - Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein ggf. welche? _____
 - Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte _____
 - Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen nein
 - Gelbsucht Leberkrankheit HIV-Inf. nein
 - Zuckerkrankheit ja nein
 - Rheuma ja nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ja nein
3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ja nein
4. Legen Sie Wert auf eine Behandlung mit örtlicher Betäubung ja nein
5. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung _____
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein ggf. welche _____ -
7. Besteht eine Schwangerschaft ja nein Wievielte Woche _____
8. Sonstige Angaben / andere Krankheiten _____
9. Rauchen Sie ja nein ggf. wie viel _____
10. Was ist der Grund für Ihren Besuch _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)